

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 85

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER DE L'OVAIRE

(Trois Observations de M. le professeur Tédénat)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Mai 1921

PAR

BENTKOWSKI (Henri-Jean-François)

Né à St-Jean-du-Gard (Gard), le 27 octobre 1892

Décoré de la Croix de guerre (6 citations, 3 blessures)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	TÉDENAT, professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs</i>
	DE ROUVILLE, profes ^r		
	GRYNFELTT, professeur.		
	LAPEYRE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER DE L'OVAIRE

(Trois Observations de M. le professeur Tédénat)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 85

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER DE L'OVAIRE

(Trois Observations de M. le professeur Tédénat)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Mai 1921

PAR

BENTKOWSKI (Henri-Jean-François)

Né à St-Jean-du-Gard (Gard), le 27 octobre 1892

Décoré de la Croix de guerre (6 citations, 3 blessures)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	TÉDENAT, professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Assesseurs</i>
	DE ROUVILLE, profes ^r		
	GRYNFELTT, professeur.		
	LAPEYRE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT.
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TÉDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.
Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.)
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.		DELMAS (P.)
Anatomie	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
	DELMAS (J.).		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT.	Physique	PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, <i>profesr, président.</i>	MM. GRYNFELTT, <i>professeur.</i>
DE ROUVILLE, <i>professeur.</i>	LAPEYRE, <i>agré.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

ALFRED - FÉLIX - BRONILAS BENTKOWSKI

DE VARSOVIE (POLOGNE)

1813-1850

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE KOENIGSBERG

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

FRANÇOIS-AMILCAR-BLAISE BENTKOWSKI

DE VARSOVIE (POLOGNE)

1812-1894

CHEVALIER DE LA CROIX DE POLOGNE (*virtuti militari*)

DOCTEUR EN MÉDECINE

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

*Tu n'as jamais désespéré de
ta patrie : la Pologne est libre.*

H. BENTKOWSKI.

A MON PÈRE
LE DOCTEUR LOUIS BENTKOWSKI

A MON COUSIN
LE DOCTEUR JEAN BENTKOWSKI
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS
ET EN PARTICULIER
A CEUX QUI ONT FAIT LA GUERRE

H. BENTKOWSKI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX ET A LA FACULTÉ

H. BENTKOWSKI.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER DE L'OVAIRE
(Trois Observations de M. le professeur Tédénat)

INTRODUCTION

Le cancer de l'ovaire a été l'objet d'un assez grand nombre de travaux dans ces dernières années.

Pendant longtemps, la plus grande confusion avait régné au sujet des tumeurs de cet organe. L'ancienne division en tumeurs solides et tumeurs liquides, tumeurs bénignes et malignes doit faire place à une classification plus scientifique et basée sur l'anatomie pathologique.

A ce point de vue spécial la question semble avoir été remarquablement mise au point par les travaux du professeur Massabuau (tant dans sa thèse inaugurale de 1906 que dans divers articles parus dans la suite).

Dans une revue générale de 1913 (*in* Revue de gynécologie) le professeur Massabuau s'exprime ainsi :

« Le cancer primitif de l'ovaire ne répond pas à une structure histologique univoque ; il est semblable en cela à l'épithélioma de toutes les glandes, en particulier

à l'épithélioma du testicule avec lequel il a beaucoup d'analogie de structure et de genèse.

L'étude d'un grand nombre d'observations, anatomiquement très complètes, nous a conduit à proposer la classification suivante des tumeurs primitives de l'ovaire :

1° Epithéliomas atypiques de l'ovaire :

a) Carcinome ou épithélioma alvéolaire ;

b) Epithélioma cylindrique.

2° Epithéliomas à cellules claires.

3° Epithéliomas à formations chorio-épithéliales.

4° Epithéliomas à cellules lutéiniques comprenant :

a) Hypernéphromes ovariens ;

b) Cancer des corps jaunes ;

c) Tumeurs des cellules interstitielles. »

On voit combien est complexe la structure de ces tumeurs ovariennes : plus intéressante pour nous est la question de l'histogénèse.

Lorsque la tumeur ovariennè observée est d'un type cellulaire bien spécial, bien différencié, la question peut présenter une solution simple ; il n'en est pas de même dans ces formés d'épithéliomas atypiques, dans les carcinomes ovariens ; l'origine prête à discussion, car on ne rencontre à l'état normal dans le parenchyme ovarien aucune formation glandulaire comparable à celle de la muqueuse digestive par exemple.

Les principales hypothèses envisagées sont les suivantes :

Le point de départ de la prolifération épithéliale peut être :

1° Au niveau du follicule de Graaf ;

2° Au niveau de l'épithélium de surface de l'ovaire ;

3° Au niveau des restes wolffiens aberrants.

En ce qui concerne la première hypothèse, les travaux de Voigt, Lipmann, Von Winiwarter, Massabuau ont montré que le prétendu « folliculome » de Gottschalk était dû à des images de dégénérescence pseudo-folliculaire de cellules cancéreuses.

L'origine aux dépens de l'épithélium de surface de l'ovaire paraît beaucoup plus vraisemblable si l'on tient compte des observations très démonstratives de Waldeyer, Malassez, Massabuau, Orthmann.

Quant à l'origine wollfienne, elle semble évidente dans un certain nombre d'observations, nous en rapportons plus loin un remarquable exemple et nous insisterons à ce propos sur cette forme particulière d'épithélioma ovarien.

Pour suivre la classification donnée plus haut il resterait à envisager les épithéliomas à cellules claires, les épithéliomas à formations chorio-épithéliales, et les épithéliomas à cellules lutéiniques. Ces formes plus rares ne rentrent pas dans le cadre que nous nous sommes tracé.

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Tédénat trois observations complètes et intéressantes de cancer primitif de l'ovaire : deux observations ont trait au carcinome alvéolaire bilatéral des ovaires ; une observation est un très bel exemple d'épithélioma wollfien. Ces observations nous fourniront l'occasion de reprendre l'étude des points intéressants qu'elles offrent aux deux points de vue anatomique et clinique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

Carcinome de l'ovaire droit. — Excision. — Deux ans plus tard, carcinome de l'ovaire gauche. — Excision. — Mort deux ans après avec ascite et nodules dans le foie (Observation recueillie par le docteur Dusser).

M^{me} Julie Da..., 45 ans. Pas d'antécédents pathologiques importants tant héréditaires que personnels. Elle a été réglée à 13 ans; mariée à 22 ans, elle a eu deux accouchements sans complications à 24 et 27 ans. Depuis l'âge de 40 ans, les règles plus abondantes, mais sans caillots, durent 8 ou 10 jours au lieu de 4 ou 5. Depuis cinq mois, la malade éprouve des douleurs dans le bas-ventre et la région sacrée.

Le 10 mai, 1903 la malade est examinée par M. le professeur Tédénat qui note : femme un peu amaigrie ; bas-ventre un peu saillant par suite de l'existence d'une légère ascite ; derrière l'utérus, le doigt sent une masse dure, du volume du poing, qui ballotte dans le liquide ascitique.

Le palper abdominal combiné au toucher permet de percevoir la tumeur noduleuse, dure, peu mobile.

L'examen des divers appareils ne révèle rien de bien particulier ; les poumons et le cœur fonctionnent bien. Du côté du tube digestif : dyspepsie habituelle avec constipation et de temps en temps courtes crises diarrhéiques avec épreintes.

Une intervention est décidée et pratiquée le 15 mai, sous anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane : le ventre ouvert, il s'écoule environ deux litres de liquide ascitique rosé avec quelques flocons de fibrine ; on constate la présence d'une tumeur dure, de coloration gris-blanc, placée en arrière de l'utérus, légèrement hypertrophié et portant deux nodules fibromateux du volume d'une noix. La tumeur est l'ovaire et a un court pédicule. Elle est facilement amenée, n'ayant pas d'adhérences. Le pédicule est sectionné. Opération facile. Ovaire gauche normal. Suture à deux plans. Réunion immédiate et sans incidents. L'opérée quitte la clinique le 4 juin en parfaite santé.

Cet état de parfaite santé se maintient pendant 15 ou 16 mois. Alors survinrent quelques douleurs, les règles se supprimèrent, pesanteur abdominale et mictions plus fréquentes.

Vingt-cinq mois après l'intervention, la malade revint consulter M. Tédenat pour des accidents et des douleurs et symptômes objectifs identiques à ceux déjà indiqués ci-dessus. L'ascite était plus abondante, la tumeur plus grosse, plus noduleuse, était moins mobile. Une nouvelle intervention est pratiquée le 19 juin 1905. Laparotomie médiane sous-ombilicale : quatre litres d'ascite colorée, tumeur dure, de coloration gris-rosé, du volume des deux poings, à très court pédicule, non adhérente,

mais exigeant un petit effort de désenclavement. L'utérus n'a pas changé d'aspect et n'a pas fourni de pertes ni en rouge, ni en blanc. Réunion par première intention mais reproduction rapide de l'ascite qui se résorba en quatre semaines. Un an après cette deuxième opération, douleurs lombo-abdominales, dyspepsie. Le docteur Brousson constate une ascite notable, une saillie noduleuse du foie sous le rebord costal droit et à l'épigastre. La malade a maigri, pâli et a un œdème notable des deux jambes. Elle succomba cachectique avec des douleurs dans le bas-ventre, les cuisses et une ascite sanglante pour laquelle le docteur Brousson fit deux ponctions.

L'ovaire droit enlevé le 15 mai 1903 a 14 centimètres de long, 12 de large, 6 à 7 d'épaisseur. Il est couleur gris-blanc, polynoduleux, uniformément dur. Sur une section médiane, parallèle aux deux faces, il présente des tractus fibreux, blancs, très durs, qui s'entrecroisent par points nombreux laissant des zones d'aspect variable : rosée, couleur savon, gris-vert avec çà et là quelques points hémorragiques.

Il existe quelques menus kystes de deux à cinq millimètres de diamètre, traversés par de fins tractus fibreux, donnant l'impression de dégénérescence muqueuse. Des coupes faites en divers points montrent des îlots de cellules épithéliales par petits groupes entre une trame fibreuse. Au niveau des pseudo-kystes, on a coupé en long ou en travers des tubes à cellules épithéliales cubiques ou cylindriques, formant par plans deux ou trois assises superposées. Nulle part on ne trouve d'éléments normaux de l'ovaire.

L'ovaire gauche a 20 centimètres de long, 12 de large. Son aspect macroscopique est semblable à celui de l'ovaire droit. Pas d'examen microscopique.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

Carcinome squirrheux des deux ovaires. — Ascite légère. — Mort trois ans après l'opération. — Cachexie.

Henriette D..., 40 ans, célibataire (la mère a été opérée par M. Tédénat d'un cancer du sein à 55 ans et jouit d'une bonne santé à 68 ans). Mlle D... a été réglée de 15 à 38 ans, régulièrement, perdant très peu et pendant deux ou trois jours seulement. Pas de maladie mais petite santé. Artères dures. Depuis un an : douleurs pelviennes s'irradiant aux cuisses et à l'épigastre ; peu intenses d'abord, elles sont plus fréquentes, et plus vives depuis deux ou trois mois. Le ventre se tuméfie assez rapidement depuis cinq ou six semaines. Le docteur Salager constate une ascite considérable et adresse la malade à M. Tédénat qui note alors à l'examen, le 2 mars 1906 :

La malade a maigri, de 65 à 54 kilogr. ; elle est pâle ; rien aux poumons. Au cœur, claquement au second temps à l'orifice aortique ; artères dures et petites. Ascite sous-ombilicale. Par le toucher rectal, tumeur dure, repoussant l'utérus en avant, un peu en haut et à droite. Douleurs pelviennes, irradiées vers les hanches et les cuisses. L'évacuation du rectum constipé les diminue de façon très nette.

Le 8 mars, laparotomie. Environ 4 litres d'ascite rosée. La main, introduite derrière l'utérus, amène une tumeur du volume d'un gros poing à pédicule du volume du pouce, long de 4 centimètres : ce pédicule est lié,

coupé. L'autre ovaire un peu moins volumineux est enlevé de la même manière. L'utérus est laissé en place : il est petit, dur, lisse. Douleurs vives pendant deux jours, sans fièvre, sans vomissements. Les fils sont enlevés au 10^e jour, la réunion est parfaite.

Pendant deux ans, santé générale à peu près satisfaisante sans douleurs. Puis la malade se mit à éprouver une sensation de pesanteur pelvienne, des altérations de constipation et de diarrhée. Le docteur Salager constate de l'ascite trente mois après l'opération ; la malade a, à nouveau, beaucoup maigri. Œdème des malléoles, cachexie progressive. Ascite abondante, pour laquelle les docteurs Dusser et Salager firent deux ponctions qui donnèrent 4 litres et 6 litres de liquide rouge. Douleurs vives dans le bas-ventre et les hanches diminuées par les lavements laxatifs. Mort 38 mois après l'intervention.

L'ovaire droit pèse 450 grammes, il est dur, onduleux, plutôt que vraiment noduleux, gris-rosé avec îlots déprimés, jaunes. Sur la coupe, trame fibreuse très serrée par endroits, plus lâche ailleurs et circonscrivant des aréoles remplies de matières grisâtres ou rougeâtres. Vers la périphérie, nodules uniformément jaunes traversés par des stries verdâtres. L'ovaire gauche pèse 290 grammes, même aspect à la coupe. L'examen microscopique montre la structure d'un épithélioma squirrheux : sur quelques coupes on voit des boyaux de cellules cylindriques ou cubiques par points en couches multiples.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

Epithélioma wollfien de Povaire. — Myome utérin. — Hystérectomie subtotale.

M^{me} Marie M..., âgée de 60 ans, ménagère, entre le 10 février 1921 dans le service de M. le professeur Tédénat pour pertes rouges et douleurs abdominales. M^{me} M... se dit malade depuis un an et demi environ. Le début s'est fait par une grosse hémorragie de sang pur avec gros caillots : l'hémorragie a duré deux jours et s'est accompagnée de phénomènes douloureux consistant en coliques violentes avec élancements dans la région sacrée et les membres inférieurs.

Depuis cet événement, les hémorragies se reproduisent assez régulièrement tous les mois (comme lorsque la malade était réglée). Ce sont toujours des pertes de sang rouge avec gros caillots. Des douleurs vives, précédant toujours la perte sanguine, cessent dès que l'hémorragie se produit ; celle-ci dure généralement plusieurs jours. Il n'y a pas de pertes ni rouges, ni blanches dans l'intervalle de ces hémorragies.

Il n'existe aucun autre symptôme sur lequel la malade puisse attirer l'attention. Les divers appareils fonctionnent bien. M^{me} M... n'accuse que quelques céphalées, un peu de constipation. Les phénomènes paraissent plus accusés avant les hémorragies.

La malade a toujours joui d'une santé assez bonne : elle est maigre, mais fortement charpentée, pas d'amai-

grissement notable depuis le début de l'affection actuelle.

Elle ne se rappelle qu'une seule maladie (pneumonie à l'âge de 21 ans).

Réglée à 11 ans, elle l'a toujours été régulièrement jusqu'à l'âge de 50 ans, elle perdait peu (3 à 4 jours environ).

La malade n'a jamais eu de grossesse.

Vers la cinquantaine elle a eu des pertes assez abondantes au moment de ses règles, avec gros caillots ; à partir de 50 ans cessation des règles. Santé parfaite jusqu'à l'âge de 58 ans.

A l'entrée à l'hôpital on note à l'examen :

Femme fortement charpentée, maigre, vigoureuse pour ses 60 ans ; au toucher, on sent un col de dimensions et de consistance à peu près normales, refoulé en avant contre la symphyse du pubis ; l'utérus est gros ; son fond, nettement perceptible par la main abdominale, remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Enfin on sent, occupant le Douglas, paraissant accolée à la face postérieure de l'utérus, une masse du volume d'une grosse orange, assez uniformément dure, avec quelques bosselures que l'on interprète soit comme un fibrome pédiculé de la face postérieure de l'utérus, soit comme une tumeur annexielle.

L'intervention est pratiquée le 16 février 1921 sous anesthésie générale à l'éther goutte à goutte. Laparotomie médiane sous-ombilicale : le ventre ouvert, on se trouve en présence d'un assez volumineux utérus myomateux (volume d'une grosse orange) avec quelques nodules fibreux sous-séreux peu importants. Il n'existe pas d'ascite.

Les annexes droites sont de volume et d'aspect normaux,

Les annexes gauches sont représentées par la masse perçue au toucher dans le Douglas. Le cul-de-sac utéro-rectal est en effet littéralement comblé par une volumineuse tumeur appartenant à l'ovaire gauche. Cette tumeur est enclavée dans l'excavation et reliée à ses parois par des adhérences relativement peu serrées et que l'on parvient assez facilement à libérer.

L'intervention est conduite en deux temps. Dans un premier temps on extirpe l'utérus et les annexes droites (hystérectomie subtotala avec évidemment du col) ; dans un deuxième temps on enlève les annexes gauches ; fermeture du ventre à deux plans. Suites opératoires excellentes. La malade quitte l'hôpital le 5 mars 1921, en très bon état.

L'examen des pièces montre un utérus du volume d'une grosse orange, myomateux, possédant en particulier un myome sous-muqueux du volume d'une mandarine, un nodule myomateux du col du volume d'une noix et enfin divers petits autres nodules sous-séreux de moindres dimensions.

La tumeur extirpée du Douglas se montre constituée par un ovoïde solide assez régulier dans son ensemble, mesurant 12 centimètres dans son plus grand diamètre, 10 centimètres dans son plus petit. La surface de la tumeur est légèrement mamelonnée ; toutefois au niveau d'un des pôles on voit sur cette surface comme un cordon sinueux à extrémité dilatée, oblitérée, accolée à la tumeur : c'est la trompe ; à son voisinage immédiat, on rencontre de nombreux petits kystes faisant saillie au-dessus de la surface de la tumeur, les uns sessiles, les autres pédiculés ; leur contenu visible par transparence est constitué par un liquide citrin ou hématique. La

masse de la tumeur est constituée par du tissu compact, dur à la coupe, d'aspect fibromateux.

L'examen microscopique de la pièce ne saurait en effet en apprendre davantage et l'aspect de la tumeur est celui du fibrome ovarien.

L'examen microscopique a été pratiqué par M. le professeur Massabau qui a pu faire les constatations suivantes :

La tumeur est constituée par les éléments suivants :

Au milieu d'un stroma très pauvre en tissu conjonctif on remarque des lumières de tubes glandulaires régulièrement distribués dans l'ensemble de la préparation, leurs dimensions varient de celui d'une tête d'épingle à celui d'une lentille (vus au faible grossissement d'un objectif Zeiss). Ces tubes ont une disposition régulière ; ils sont constitués pour la plupart par une paroi formée d'un épithélium un peu particulier. Ces cellules en sont hautes, étroites, par endroits on voit plusieurs rangs de cellules superposées et en quelques points il y a irruption de celle-ci dans le stroma, et la vitrée n'y forme plus une barrière infranchie à la périphérie des tubes. En aucun point il n'est possible de voir sur ces préparations, même à un fort grossissement, de cils vibratiles. L'aspect des diverses préparations examinées est sensiblement le même. En somme, il s'agit d'une tumeur solide ovarienne formée de très nombreux tubes glandulaires présentant dans l'ensemble un aspect adénomateux évident ; en quelques points on saisit l'évolution nettement maligne du processus. On doit donc interpréter cette tumeur comme un épithéliome ovarien, rappelant de par sa constitution les *éléments wolffiens* certainement à l'origine de son développement.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomique nos trois observations ne sont pas superposables. Les deux premières se rapportent à l'épithélioma atypique de l'ovaire, c'est le carcinome ou épithélioma alvéolaire. Macroscopiquement ce sont des tumeurs bilatérales des ovaires, mais l'évolution n'a pas été contemporaine dans les deux organes. Il a fallu un an dans le premier cas, plus de deux ans dans le second pour que l'envahissement de l'ovaire laissé en place soit cliniquement appréciable. Les tumeurs étaient assez volumineuses (grosse orange environ) ; à surface onduleuse, plus que mamelonnée. La consistance était uniformément *dure*, mais à la coupe on voyait des aréoles remplies d'une bouillie épithéliale grisâtre ou noirâtre.

Dans les deux observations l'ascite est notée, c'est une ascite rosée, donc ascite dans laquelle l'élément néoplasique est aussi important que l'élément mécanique. Dans les deux cas on note l'intégrité de l'utérus qui invite M. le professeur Tédénat à faire une opération conservatrice de ce dernier et des annexes en apparence saines.

L'étude microscopique permet de classer nettement

ces deux tumeurs dans le groupe des carcinomes alvéolaires : c'est la forme histologique la plus fréquemment observée du cancer primitif de l'ovaire.

Le stade de début dans ces carcinomes paraît se faire par l'*adénome* qui évolue ensuite vers la transformation kystique (Obs. I). Parfois, comme dans l'observation II, il y a envahissement du tissu conjonctif avec quelques îlots de cellules cancéreuses, c'est là un véritable carcinome squirrheux de l'ovaire.

Plus intéressante est, au point de vue anatomique, notre observation III : c'est un très bel exemple d'épithélioma ovarien cylindrique dont les caractères le rapprochent de ceux des éléments wollfiens. D'après les auteurs, deux éléments importants appuient la théorie de l'origine wollfienne de l'épithélioma ovarien cylindrique. Ce sont :

1° Cellules hautes et ciliées formant le revêtement des tubes.

2° Inclusion de ces tumeurs dans le ligament large.

Si le premier élément existe au plus haut point dans notre observation, le second, par contre, fait complètement défaut ; la tumeur n'était pas incluse, elle occupait le Douglas avec les parois duquel elle avait contracté de faibles adhérences, mais l'aspect histologique était tel qu'il rappelait d'une façon frappante les éléments wollfiens. A vrai dire, si cet aspect permet déjà de penser à cette origine du néoplasme ovarien, point n'est besoin de supposer une anomalie quelconque de développement du système wollfien : on sait, en effet, et notre maître le professeur Tédénat insiste sur ce fait, qu'il existe à l'état normal dans l'ovaire des fragments de tubes d'origine wollfienne représentant l'extrémité

inférieure des tubes de l'organe de Rosenmüller. La coupe de ces tubes intra-ovariens est typique : hautes cellules cylindriques, parfois ciliées, présentant en un mot des caractères nettement wollfiens.

ÉTUDE CLINIQUE

Au point de vue clinique, quelques particularités intéressantes sont à relever dans nos observations.

Et d'abord l'âge des malades, 40, 45 et 60 ans : c'est vers la quarantaine qu'on observe en effet le cancer de l'ovaire avec le maximum de fréquence, à partir de la soixantaine les observations en sont plus rares. L'étude de la menstruation des malades est assez intéressante : elle ont été réglées respectivement à 13 ans, 15 ans et 11 ans, d'une façon assez précoce par conséquent. Les menstruations ont toujours été régulières. Chez la malade de l'observation I rien d'anormal jusqu'à 40 ans. A partir de ce moment, les règles deviennent plus abondantes, durent 8 ou 10 jours au lieu de 4 ou 5, mais toujours sans caillots.

La malade de l'observation II a cessé d'être réglée à l'âge de 38 ans (réglée à 15 ans, elle a toujours perdu très peu, deux ou trois jours à peine, ses artères sont petites et dures). Au moment de l'apparition de la tumeur ovarienne, pas de pertes rouges.

La malade de l'observation III, âgée de 60 ans, a présenté depuis 1 an 1/2 de véritables métrorragies revenant assez régulièrement tous les mois au point d'en

imposer au début à la malade pour un retour de règles.

Cette femme vigoureusement charpentée a été réglée jeune, très régulièrement de 11 ans à 50 ans. La ménopause a été marquée, outre les troubles sympathiques habituels, par des hémorragies assez abondantes avec caillots ; puis tout écoulement sanguin cesse jusqu'à l'apparition de la symptomatologie actuelle, mais chez cette malade les hémorragies sont à mettre très certainement sur le compte du myome utérin sous-muqueux.

En somme, dans une seule de nos observations on peut voir une relation entre l'affection ovarienne et les hémorragies. On sait que les classiques décrivent les métrorragies comme un des symptômes habituels dans l'histoire des tumeurs ovariennes ; elles existent aussi bien chez les jeunes fillettes chez qui l'apparition d'une hémorragie génitale spontanée doit toujours faire penser à la possibilité d'un néoplasme ovarien, que chez les femmes adultes.

Une seule de nos malades a eu deux grossesses normales. Les deux autres n'ont jamais été enceintes. La grossesse a-t-elle d'ailleurs une influence quelconque sur le développement du néoplasme ovarien ? La question est difficile à élucider.

Les antécédents héréditaires sont intéressants : dans l'observation II, la mère de la malade a été opérée, en effet, d'un cancer du sein à l'âge de 55 ans et jouit encore d'une bonne santé à 68 ans. Dans les deux autres observations rien n'est à signaler au point de vue héréditaire.

Le tableau clinique présenté par nos malades est un peu différent. Dans les deux premières observations de carcinome ovarien, le tableau est à peu près superposable pour chaque cas, mais il n'en est pas de même pour le troisième cas.

Dans les deux premiers cas, en effet, le début de l'affection est marqué par des douleurs. C'est en effet le symptôme le plus souvent noté : ces douleurs offrent quelques caractères particuliers. Elles sont localisées au pelvis, irradiées vers les hanches, les cuisses et la région sacrée. Elles sont vives dans les deux observations de carcinome ovarien, peu importantes au contraire dans l'observation III où elles n'ont que la valeur de poussées douloureuses congestives précédant les hémorragies mensuelles et laissant la malade tranquille dans l'intervalle. La cause de ces douleurs peut être due à une compression des plexus nerveux, de l'intestin ou du péritoine.

Les troubles de la menstruation sont aussi des plus importants dans l'histoire du cancer ovarien ; nous y avons déjà insisté plus haut, nous n'y reviendrons pas.

Enfin, un symptôme qui a attiré l'attention dans nos deux premières observations est le développement de l'abdomen, assez rapide dans un cas, beaucoup plus lent dans l'autre. Cette augmentation du volume de l'abdomen est directement liée à celle de l'ascite qui existait, assez abondante, dans les deux premiers cas relatés.

Les troubles digestifs sont notés aussi dans ces deux mêmes observations : on sait d'ailleurs combien ils peuvent être fréquents dans les diverses affections gynécologiques de quelque durée. Ils ont consisté surtout en dyspepsie, constipation habituelle avec de temps en temps crises de diarrhée avec épreintes. Les symptômes physiques sont en général assez nets.

Dans les deux premières observations, parfaitement superposables, on trouve à l'examen :

Malades amaigris, bas-ventre saillant avec ascite dans les flancs. Derrière l'utérus, le toucher vaginal permet

de sentir une masse dure, mamelonnée, du volume d'un poing environ, mobilisable, indépendante de l'utérus et pouvant balloter dans le liquide ascitique. Ces caractères permettent de diagnostiquer presque à coup sûr l'origine annexielle de la tumeur.

Dans notre observation III, la détermination de la tumeur perçue au toucher était plus difficile. Le toucher vaginal permettait en effet de sentir une masse régulière du volume d'une orange, dure avec quelques bosselures, occupant nettement le cul-de-sac de Douglas, peu mobilisable derrière un utérus gros, myomateux. On pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'une myome pédiculé de la face postérieure de l'utérus. La dureté uniforme, la régularité parfaite de la tumeur, l'absence d'ascite faisait penser plus volontiers au fibrome ovarien qu'à toute autre tumeur de l'organe. Et il faut bien le dire, la pièce en mains, rien ne permettait de penser au cancer, à l'épithélioma ovarien, la tumeur ayant tous les caractères macroscopiques du fibrome ovarien. Seul l'examen histologique permit de préciser la nature anatomique du néoplasme.

A côté des symptômes fonctionnels et des symptômes physiques il faut faire une grande place aux symptômes généraux. Dans deux de nos observations l'amaigrissement est marqué ; dans un cas il est très accusé (65 à 54 kilogrammes). Il ne nous a pas frappé au contraire dans l'observation III : la malade était maigre, mais l'avait toujours été avec une très bonne santé générale.

Le pronostic de l'affection comme celui de toutes les tumeurs malignes est sévère. Nous voyons que dans nos deux premières observations la récurrence s'est produite de 12 à 15 mois après l'intervention. Entre temps la santé était restée parfaite. Puis à nouveau l'état général

décline, l'ascite apparaît, la mort survient par généralisation du cancer en 2 à 3 ans environ.

Quel sera l'avenir de la troisième malade ? Il est difficile de ne pas penser à une métastase ultérieure possible. Il semble pour elle que l'intervention ait été faite dans les meilleures conditions possibles, la tumeur ayant évolué sans retentissement sur l'état local, sur le péritoine (pas d'ascite), ni sur l'état général ; cependant le pronostic est réservé, l'évolution maligne ultérieure toujours à craindre.

La question du traitement du cancer de l'ovaire ne prête pas, semble-t-il, à grande discussion. C'est un traitement essentiellement chirurgical, réserve faite pour les malades dont la cachexie contre-indique toute intervention.

Ce sera suivant les cas :

La castration unilatérale.

La castration bilatérale.

La castration avec hystérectomie.

On se laisse conduire par l'état des lésions reconnues à l'intervention.

Nous avons déjà indiqués quels étaient les résultats de ces interventions et dans quelles limites se produisaient les récidives. Ces résultats, quoique peu encourageants dans l'ensemble, ne contre-indiquent en aucune façon l'intervention chirurgicale, seule capable d'assurer à la malade une survie tolérable.

CONCLUSIONS

Ces observations de cancer ovarien nous permettent de souligner les points suivants en matière de conclusions :

I. — L'étiologie du cancer ovarien nous échappe absolument aussi bien que celle du cancer en général. L'âge moyen est celui de 40 à 45 ans.

II. — La forme anatomique la plus fréquente est le carcinome ovarien, tumeur qui fait rapidement de l'ascite et des métastases assez tardives. L'épithélioma wollfien typique est beaucoup plus rare et se présente avec des caractères de malignité moindre.

III. — Le diagnostic est souvent difficile, il est basé sur la coexistence d'une tumeur de l'ovaire avec ascite et atteinte de l'état général.

IV. — Le pronostic est sévère. Les métastases post-

opératoires sont la règle et emportent les malades en moyenne de deux à trois ans après l'intervention.

V. — Le traitement variable suivant les cas, aussi précoce que possible, consistera en l'ablation des annexes avec ou sans hystérectomie suivant l'état de l'utérus.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 28 avril 1921.
Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVE :
Montpellier, le 27 avril 1921.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

BIBLIOGRAPHIE

Pour tous les travaux antérieurs à 1906, il convient de se rapporter à :

MASSABUAU. — Le cancer épithélial primitif de l'ovaire (Thèse Montpellier, 1905-1906, n° 82).

MASSABUAU et FORGUE. — Les cancers à formation chorio-épithéliomateuses (Revue clinique, 1907).

— Gynécologie. Nouveau Traité de chirurgie.

ETIENNE. — Le cancer primitif de l'ovaire (Revue de gynécologie, 1913, p. 225).

MAURIZOT et ALAMARTINE. — Les hypernéphromes génitaux.

Pour les travaux postérieurs, voici la liste des principaux ouvrages que nous avons pu consulter :

AMADOU. — Le cancer de l'ovaire (Thèse Montpellier, 1919, n° 25).

BASTIANELLI. — Le cancer secondaire de l'ovaire (La Clinica chirurgica, t. XXII, n° 4, avril 1914).

BÉGOUIN et BARDON. — Cancer de l'estomac et des ovaires (Société obstétrique de Bordeaux, 24 mars 1914).

— Tumeur de l'ovaire et péritonite (Société obstétrique de Bordeaux, n° 4, 1920).

CANTONI. — Les tumeurs malignes de l'ovaire (Annali di Ginecologia. Milan, n° 10, octobre 1920).

CHENOT. — L'épithélioma à cellules claires de l'ovaire (Thèse Paris, 1911).

- DESURMONT. — Etude anatomo-clinique des tumeurs solides bilatérales des ovaires (Thèse Paris, 1911-1912, n° 100).
- DUJARIER et TOPOUS KHAN. — Carcinomes ovariens bilatéraux (Société anatomique, 1920).
- ETIENNE et AIMES. — Cancer de l'ovaire chez la fillette (Société des sciences médicales de Montpellier, 11 avril 1913).
- FAURE et SIREDEY. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- FRANKL. — Etude anatomo-clinique du cancer de l'ovaire, en particulier du cancer métastatique (Archiv. für Gynækologie. Berlin, t. CXIII, fasc. I, 1920).
- FROEHLICH et MATHIEU. — Tumeur solide de l'ovaire (Société obstétrique de Nancy, 30 juin 1920).
- KLEIN. — Les tumeurs malignes de l'ovaire (Société de gynécologie de Munich, 13 mars 1920).
- KYNOCH. — Le chorio-épithéliome primitif de l'ovaire (Edinburgh medical Journal, 1917).
- LUSINCHI. — Le cancer primitif de l'ovaire avant la 20^e année (Thèse Montpellier, 1919-1920, n° 129).
- OCKINCZYK et RENAUD. — Tumeur massive de l'utérus par envahissement d'un cancer de l'ovaire à forme de seminome (Société anatomique, 27 novembre 1920).
- ROQUELAURE. — Contribution à l'étude du cancer de l'ovaire (Thèse Montpellier, 1919-1920, n° 118).
- ROUX et VINON. — Cancer bilatéral des ovaires (Société des sciences médicales de Montpellier, 1920).
- SHAUTA. — Cancer métastatique des ovaires (Wiener med. Wochenschrift, t. LXIII, 6 décembre 1913).
- Cancer de l'ovaire et grossesse (Wiener med. Wochenschrift, janvier 1914).
- STONE. — Cancer des ovaires (Gynecology and Obstetric, t. XXII, avril 1916).
- TOURNEUX et VILLEMER. — Cancer bilatéral des ovaires (Société anatomo-clinique, Toulouse, 15 mai 1914).
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
